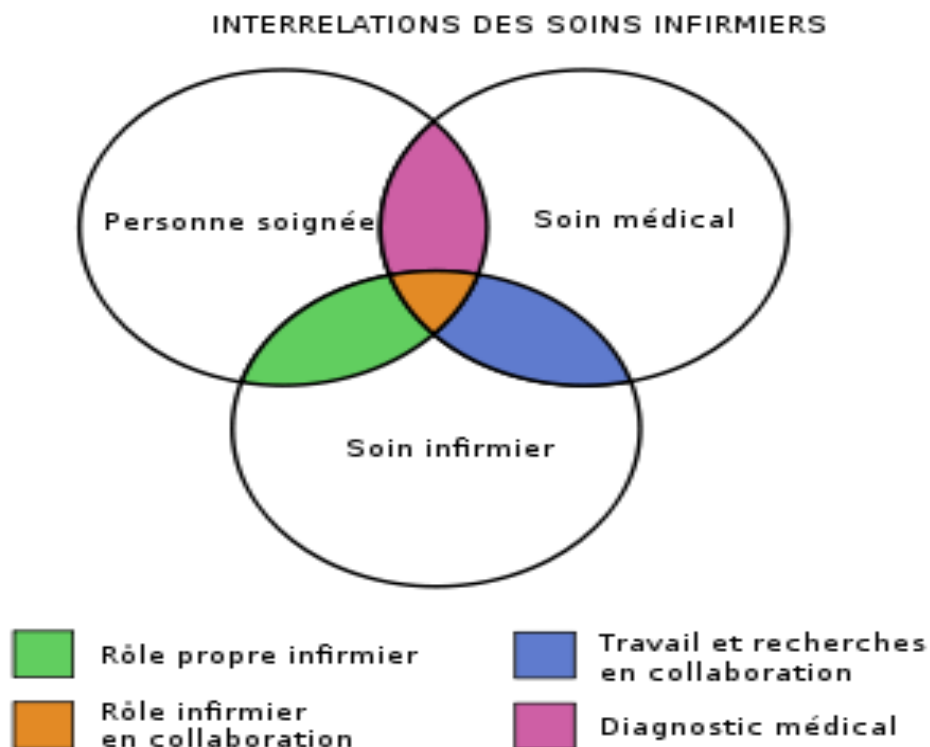




Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de la Formation des Cadres

ETABLISSEMENT : Institut Supérieur des professions Infirmières et Techniques de santé



Intitulé du module 10: Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections médicochirurgicales 1

Elément 1: Soins infirmiers en médecine 1

Filière : soins infirmiers.

Option : Polyvalent

LA RADIOGRAPHIE DE L'ABDOMEN SANS PREPARATION (A.S.P)

DEFINITION-GENERALITES

Examen radiologique de l'abdomen sans préparation préalable, demandé dans le diagnostic de certaines affections abdominales, son exécution est rapide et n'est pas traumatisant pour le malade. Il permet d'éliminer ou d'affirmer une urgence chirurgicale. Il est souvent complète (voir remplacé) par une échographie.

BUT : diagnostic

INDICATIONS :

- Suspicion d'occlusion intestinale : L'ASP permet de mettre en évidence une stagnation liquidienne et gazeuse dans l'intestin (image hydro-aérique) indiquant l'arrêt du transit intestinal en cas d'occlusion intestinale.
- Suspicion de perforation d'un viscère creux (estomac le plus souvent) :
L'ASP montre une image de croissant gazeux clair sous les coupes diaphragmatiques en cas de perforation d'un viscère creux
- Affection du pancréas : l'ASP peut montrer des calcifications pancréatiques
- Affections de l'appareil urinaire : L'ASP peut montrer des calculs radio opaques
- Affections vésiculaires : certains calculs biliaires généralement vésiculaires sont parfois visible sur l'abdomen sans préparation.

PREPARATION DU MALADE

- Aucune préparation spéciale, cependant il vaut mieux supprimer toute alimentation susceptible d'augmenter les gaz intestinaux.
- Pendre R.V avec le service de radiologie (parfois)
- Accompanyer le malade au service de radiologie avec un bon d'examen rédigé et signé.

TECHNIQUE

- Faite par le spécialiste
- Comporte des clichés de face et de profil (au moins trois incidences :

Debout de face, couché de face et de profil) :

- Chez le malade debout : position fatigante chez un patient déjà fatigué.
- Chez le malade couché ; position moins fatigante mais les images sont difficile à interpréter.

REMARQUE

Un cliché au moins doit comporter tout l'abdomen depuis les coupes diaphragmatiques jusqu'au pubis.

LA PONCTION D'ASCITE

DEFINITION

Technique (acte médical) qui consiste à introduire une aiguille dans la cavité péritonéale pour en prélever le contenu.

BUTS

- Exploration : affirme le diagnostic et oriente l'étiologie.

La ponction d'ascite permet donc :

- La vérification de l'existence d'un liquide d'épanchement
- L'étude du liquide d'épanchement. (s'il existe)
 - Coloration :
 - Jaune citron, dans les transsudats : les cirrhoses hépatiques, les insuffisances cardiaques, (origine mécanique)
 - Jaune paille dans les exsudats : cancer et tuberculose péritonéale (origine inflammatoire)
 - Hémorragique en cas de cancer
 - Verdâtre en cas d'épanchement biliaire.
 - Laiteux en cas d'épanchement chyleux.
 - Aspect :
 - Fluide dans les transsudats
 - Gluant ou collant dans les exsudats.
 - Examen du liquide :
 - Examen chimique : dosage d'albumine
 - Examen cytologique :
 - Taux et types de cellules présentes (lymphocytes, polynucléaires..)
 - Recherche de cellules néoplasiques
 - Examen bactériologique : recherche de BK
- évacuation : chez tout malade présentant une ascite avec :
 - Dyspnée importante
 - Cyanose
 - Tachycardie
 - Gêne à la marche
 - Douleur de l'abdomen

Chaque ponction entraîne la soustraction d'une certaine quantité de protéides qu'il faudra compenser par des perfusions de protéines.

- thérapeutique : injection de médicaments antimitotiques dans les ascites cancéreuses.

INDICATIONS

Etant donné sa bénignité, la ponction d'ascite est indiquée chaque fois que l'on suspecte une ascite : toute ascite doit être ponctionnée.

- Rappelons les principales étiologies des ascites :
 - Cirrhoses du foie
 - Hypertension portale
 - Tuberculose péritonéale
 - Insuffisance cardiaque
 - Péricardite constrictive
 - Cancers :
 - Cancers primitifs du péritoine
 - Atteintes métastatiques du péritoine
 - Syndrome néphrotique....

CONTRE INDICATIONS

- Troubles graves de l'hémostase.

MATERIEL

- Nécessaire pour asepsie :
 - Alcool à 70
 - Alcool iodé ou betadine
 - Plateau stérile
 - Pince à servir
 - Compresses stériles
 - Gants stériles
 - Champs stériles si possible
 - Lampe à alcool + allumettes (parfois)
 - Nécessaire pour la ponction et le recueil du liquide :
 - Aiguille à mandrin de KUSS ou de TUFFIER stérile, à biseau court de 10 à 15cm de longueur ou cathlon à usage unique de préférence
 - Tubulure stérile de perfusion sans filtre à usage unique dotée d'un modérateur de débit.
 - Bocal stérile (de 2 à 3 litres)
 - Nécessaire pour l'examen du liquide :
 - Trois tubes stériles
 - Parfois le nécessaire pour la réaction de RIVALTA.
 - Bons de laboratoire + étiquettes.
 - Le nécessaire pour anesthésie local (rarement utilisé)
 - Nécessaire pour faire face aux accidents :
 - Stimulants cardiaques
 - Seringue + aiguille stériles
 - Matériel divers :
 - Nobécutane ou collodion (si disponible)
 - Protection
 - Sparadrap
 - Ciseau
 - Deux haricots
- *NB : ne pas oublier de préparer le dossier complet du malade.**

PREPARATION DU MALADE

- Le malade sera prévenu de la ponction
- Le faire uriner, au besoin faire un sondage avant la ponction pour éviter de placer l'aiguille dans la vessie distendue.

TECHNIQUE

a. installation du malade :

Le malade est installé en décubitus dorsal avec un oreiller, en légère inclinaison sur le côté gauche, avec parfois un oreiller sous la fesse droite.

b. la ponction :

- Après asepsie de la peau, le médecin ponctionne dans la fosse iliaque gauche (pour éviter de piquer le foie ou le colon droit) : le point de ponction se situe à l'union du 1/3 externe d'une ligne fictive joignant l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure en pleine matité.
- L'aiguille est introduite avec son mandrin perpendiculairement à la peau.
- Le mandrin est retiré et conservé dans le tube stérile (ou plateau stérile)
- Le liquide s'écoule spontanément.

Si ponction exploratrice :

- Recueillir le liquide dans différents tubes pour examens de laboratoire. (parfois le médecin utilise une seringue pour effectuer ces prélèvements).

Si ponction évacuatrice :

- Adapter la tubulure à l'aiguille
- Entourer l'embout de l'aiguille d'une compresse et fixer le tout à la peau.
- Mettre l'autre extrémité de la tubulure dans le bocal stérile.
- Régler le débit : celui-ci doit être en goutte à goutte très continu mais non en jet. La quantité à prélever sera prescrite par le médecin : 500ml à 2 ou 3 litres.
- Surveiller le malade.

c. a la fin de la ponction :

- Retirer l'aiguille d'un coup sec, (certains le font après remis le mandrin dans l'aiguille).
- Aseptiser le point de ponction en tamponnant avec un compresse imbibée d'alcool iodée ou de betadine
- Faire un pansement compressif (mettre du Nobécutane ou du collodion si possible sur le point de ponction)
- Mettre le malade sur le côté droit pour empêcher la fuite du liquide par l'orifice de l'aiguille.
- Noter la quantité prélevée sur la feuille de température.

INCIDENTS ET ACCIDENTS

a. incidents :

- Piqûre d'un vaisseau de la paroi, sans gravité, sauf s'il existe des troubles graves de la coagulation (cirrhose)
- Arrêt de l'écoulement :
 - L'aiguille est obturée par une frange de l'épiploon ;
La remuer légèrement et l'écoulement reprend.
 - L'aiguille est bouchée par un caillot d'albumine ;
Sa mobilisation ne fait pas reprendre l'écoulement, il faut l'enlever.

b. accidents :

- Collapsus cardio-vasculaire.
- Hémorragie intra-péritonéale à vacuo

Ils sont liés tous les deux à une décompensation très brutale provoquée par un écoulement trop rapide.

- Infection péritonéale qui pourrait être la conséquence :
 - De fautes d'asepsie au moment de la ponction
 - De la persistance de l'écoulement par l'orifice de la ponction, (bien l'obturer avec du Nobécutane ou du collodion).

SURVEILLANCE

- Surveiller l'écoulement du liquide
- Surveiller le débit, le bon fonctionnement du système mis en place.
- Surveiller l'aspect du liquide (clair, hémorragique...)
- Surveiller :
 - Le faciès
 - La tension artérielle
 - Le pouls
 - Le pansement (vérifier si persistance d'écoulement du liquide)
 - L'état général.

LA PONCTION BIOPSIE DU FOIE

DEFINITION

Technique qui consiste à prélever un fragment du parenchyme hépatique en vue d'un examen histologique.

INDICATIONS

- Hépatites chroniques
- Cirrhose hépatique
- Hémochromatose
- Cancer hépatique
- Hépatomégalie de cause indéterminée.

CONTRE INDICATIONS

- Trouble de l'hémostase
- Kyste hydatique du foie
- Angiocholite par obstruction des voies biliaires extra hépatiques.
- Ascites importantes
- Tumeur hépatique hyper vascularisée.
- Foie congestif de l'insuffisance cardiaque avec stase veineuse.

PREPARATION DU MALADE

a)- les jours précédant l'examen

- S'assurer de l'absence des contre indications
- Faire un bilan d'hémostase complet : T.S, T.P, T.C.A, plaquettes.
- Demander un groupage sanguin et facteur rhésus.
- Demander une échographie. (Celle-ci doit être récente)

b)- la veille de l'examen :

- Le malade doit être hospitalisé
- Lui administrer un hémostatique sur prescription médicale
- Le rassurer
- Lui demander de rester a jeun

c)- le matin de l'examen :

- Malade a jeun
- Administrer selon les habitudes de service une à deux ampoules de vitamines K.
- Rassurer le malade et lui faire une prémédication (si agité) selon avis médical.

MATERIEL

Le matériel à préparer pour une ponction biopsie du foie par voie transcutanée ou transpariétale est le suivant :

- Nécessaire pour aseptie :
 - Alcool à 70.
 - Alcool iodé ou bétadine
 - Compresses, gants et champs stériles.
 - Pincettes stériles.
- Nécessaire pour anesthésie locale :
 - Seringue de 20cc + aiguilles sous cutanées stériles.
 - Xylocaïne à 1%
- Nécessaire pour la ponction et le prélèvement :

Trousse à usage unique type HEPAFIX DE BRAUN MESUNGEN se composant :

 - D'un bistouri très pointu
 - D'une aiguille à biopsie
 - D'un mandrin spécial
 - D'une seringue de 10ml avec cran d'arrêt à la graduation 6ml, pour

l'aspiration du fragment.

- Cupule stérile pour le sérum physiologique
- Sérum physiologique
- Flacon avec liquide fixateur
- Bon d'examen + étiquette
- Nécessaire pour faire face aux incidents et accidents :
 - Seringue + aiguilles stériles + tonocardiaque.

- Vessie de glace.
- Matériel divers :
 - Protection
 - 2 haricots
 - Sparadrap
 - Ciseau, eau de javel.

TECHNIQUE :

● **installation du malade :**

Le malade est installé dans son lit au mieux sur une table d'examen :

- En décubitus dorsal avec légère rotation vers la gauche
- La tête est totalement tournée vers la gauche
- Le bras droit est relevé, main sur la tête.

● **la ponction :**

Elle est faite par le médecin, le plus souvent par voie intercostale en pleine matité hépatique (8^e ou 9^e E.I.C.D, entre la ligne axillaire antérieure et la ligne axillaire moyenne). C'est une biopsie par aspiration-section du parenchyme hépatique après :

- Asepsie de la peau
- Anesthésie locale
- Perforation de la peau avec la pointe d'un bistouri.
- Introduction de l'aiguille à biopsie avec son mandrin à travers la paroi
- La seringue remplie de sérum physiologique est adaptée à l'aiguille après retrait du mandrin.
- On demande au malade de bloquer sa respiration en fin d'expiration.
- L'aiguille est enfoncée rapidement de 6 cm environ (2 à 3cm dans le parenchyme hépatique) et retirée aussitôt. Une forte aspiration est maintenue dans la seringue pendant toute l'opération.
- Le fragment prélevé est mis dans le liquide de bouin.
- **après la ponction :**
 - Nettoyer la région ponctionnée
 - Faire un pansement
 - Placer le malade en décubitus latéral droit, le bras droit collé à la paroi thoracique faisant pression au point de ponction pendant un quart d'heure.
 - Envoyer le prélèvement au laboratoire
 - Surveiller le malade.

INCIDENTS ET ACCIDENTS

- Douleurs dans la région sous-costale droite avec irradiation vers l'époule.
- Lésions des vaisseaux intercostaux
- Lipothymie, malaise vagal.
- Péritonite biliaire.
- Hémorragie intra pleurale.
- Pneumothorax

SURVEILLANCE

- Le malade doit rester couché en décubitus latéral droit strict pendant 6 heures.
- Le repos strict au lit est impératif pendant 24h
- Vessie de glaces localement, antalgiques sur prescription médicale.
- Surveiller le pouls et la tension artérielle toutes les ½ heure pendant 2 heures, puis toutes les heures pendant 6h, ensuite toutes les 3h.
- Appeler le médecin en cas de chute de la T.A, tachycardie, douleur abdominale ou thoracique violentes.
- Alimentation possible 2h après l'examen
- Eviter tout exercice physique violent pendant une semaine.

REMARQUE :

Dans certains cas, la P.B.F peut être effectuée sous contrôle optique ou échotomographique.

LA CHOLECYSTOGRAPHIE ORALE

DEFINITION

Examen radiologique de la voie biliaire principale et de la vésicule biliaire après prise par voie orale d'un produit de contraste spécifique

BUT

Etudier la morphologie et le fonctionnement de la vésicule biliaire, du canal cystique, du canal cholédoque et surtout leurs modifications pathologiques

INDICATIONS

Suspicion d'une obstruction des voies biliaires

CONTRE INDICATIONS

- Intolérance aux produits iodés
- Diarrhées s'opposant à l'absorption intestinale du produit
- Insuffisance hépatique : le produit de contraste étant capté et transformé par le foie
- Ictère en cours (ictère par rétention s'oppose à l'élimination du produit)
- Insuffisance rénale grave : une partie du produit est éliminée par les reins

EXEMPLE DE PRODUITS DE CONTRASTE

- ORABILIX
- BILOPTINE
- TELEPAQUE
- VESIPAQUE
- Ils sont administrés 10 à 14h avant l'examen, selon le produit utilisé
- Pour une bonne opacification, il est nécessaire que le produit de contraste reste suffisamment longtemps dans l'intestin et que la posologie soit correcte.

PREPARATION DU MALADE

- Les 5 jours précédents l'examen, éviter toute préparation du bismuth
- La veille de l'examen
 - Faire un test à l'iode
 - Prendre le soir un repas léger, exclusivement composé d'aliment non gras : viande maigre, légumes cuits à l'eau, confiture, biscottes, boissons sucrées.
 - Supprimer tous les corps gras, le lait, les œufs, les fromages, le chocolat, le tabac
 - Ne pas prendre de laxatifs (le lavement est inutile) ni de médicaments.
 - Après le repas et entre 10h et 14h avant l'examen, absorber la totalité de la dose d'opacifiant avec un grand verre d'eau
 - Ne plus rien prendre en suite. Seule de petites quantités d'eau sont tolérées jusqu'au coucher.
- Le matin de l'examen :
 - Malade strictement à jeun
 - L'accompagnant au service de radiologie.

TECHNIQUE

- Elle est faite par le spécialiste
- Des clichés sont pris sans autre préparation, ils explorent la vésicule.
- La contraction et la chasse vésiculaires sont déclenchées par la prise d'un repas type BLADEX ou un repas type BOOYDEN avec un grand verre d'eau glacée
- De nouveaux clichés sont pris explorant :

- La contraction vésiculaire
- Le canal cystique
- Le remplissage du cholédoque.

INDICATIONS ET ACCIDENTS

La cholécystographie est généralement bien tolérée. Les incidents et accidents rencontrés restent bénins. Ils sont dus à l'intolérance au produit opacifiant. (Voir surveillance)

RESULTATS

Les clichés montrent soit :

- Des voies biliaires normales
- Des calculs, des tumeurs
- Une absence d'opacification dont les causes sont multiples, exemples :
 - Oubli de prise de produit de contraste
 - Posologie insuffisante
 - Prise précoce de clichés après l'ingestion de produit de contraste
 - Diarrhées, vomissements
 - Insuffisance hépatocellulaire...

SURVEILLANCE

Après le malade sera fatigué :

- Par le jeun prolongé
- Par le longueur de l'examen et la prise des clichés en diverses positions
 - Lui donner une boisson chaude pour le réchauffer
 - Surveiller l'apparition de signes d'intolérance au produit iodé :
 - Manifestations respiratoires
 - Manifestations digestives
 - Manifestations cutanées ... (voir test à l'iode)

REMARQUE

La cholécystographie set un examen qui n'est quasiment plus réalisé depuis le développement de l'échographie.

LA CHOLANGIOGRAPHIE INTRA VEINEUSE

DEFINITION

Radiographie des voies biliaires après injection ou perfusion intraveineuse d'un produit de contraste iodé permettant leur opacification

BUTS ET INDICATIONS

- Visualiser les voies biliaires lorsque cela n'a pas été possible par la cholécystographie ou lorsque le sujet a été cholécystéctomisé
- La cholangiographie n'est jamais effectuée d'emblée sauf dans la surveillance des cholécystéctomisés. Lorsqu'un drain de KHER a été mis en place lors de l'intervention, le produit de contraste est injecté par le drain.
On vérifie ainsi la perméabilité des voies biliaires et l'absence de calcul restant
- La cholangiographie est systématiquement pratiquée avant l'ablation de drain

CONTRE INDICATIONS

- Intolérance aux produits iodés
- Insuffisance hépatique
- Ictère en cours (ictère par rétention)
- Insuffisance rénale

EXEMPLES DE PRODUITS UTILISES

- INTRABILIX
- TARNSBILIX
- RADIOSELECTAN BILIAIRE
- BILIGRAM

PREPARATION DU MALADE

Les jours précédant l'examen

- Pratiquer un examen à distance d'un autre utilisant des produits de contraste à élimination rénale. Attendre 48h à 3 jours après une cholécystographie
- S'abstenir de toute préparation contenant du bismuth les 5 jours qui précèdent l'examen.

La veille et l'avant-veille de l'examen

- Supprimer les féculents, la charcuterie, le chocolat et toutes les matières grasses
- Eliminer les contre indications
- Faire un test à l'iode

Le matin de l'examen :

- Malade à jeun
- Accompagner le patient au service de radiologie avec son dossier renfermant les radiographies antérieures

TECHNIQUES

- Faite par le spécialiste
- Le malade est installé sur la table de radiologie en décubitus dorsal
- Le produit de contraste est injecté :

- Soit par voie intraveineuse directe
 - Soit par perfusion
- Des clichés successifs sont pris explorant :
 - Les canaux intra hépatiques
 - Le cholédoque
 - Puis secondairement le cystique, la vésicule.
- Une injection de morphine peut être faite déclenchant la fermeture du sphincter d'oddi, la concentration du produit opaque s'intensifie dans les voies biliaires.

RESULTATS

- Les clichés montrent des voies biliaires :
 - Normales
 - Ou dilatées en amont d'une obstruction lithiasique ou non.
 - Ou non opacifiées à cause d'un obstacle ou d'un défaut d'élimination hépatique

INCIDENTS

- Manifestations digestives :

Sensation de chaleur abdominale, nausées, vomissements

- Manifestations respiratoires :

Picotement du nez, éternuement, toux, sensation de constriction laryngée.

- Manifestations nerveuses :

Céphalée, angoisse

- Manifestations cutanées :

Prurit, urticaire.

Surviennent 5 à 10 min après l'injection du produit iodé

Elles peuvent apparaître avec 24h de décalage

ACCIDENTS

- Ils sont essentiellement représentés par le collapsus cardiovasculaire lié à l'intolérance à l'iode, une voie d'abord veineuse doit toujours être à la disposition de l'opérateur pendant toute la durée de l'examen.
- L'oligo-anurie aigue peut se voir exceptionnellement moins de 24h après l'examen s'il a été pratiqué chez un insuffisant rénal ou si l'opacifiant a été sur dosé.

SUEVEILLANCE

Rechercher les signes d'intolérance au produit iodé (voir incidents et accidents) en surveillant pendant et après l'examen :

- Le faciès
- Le pouls, la TA
- La respiration
- L'état général du patient.

LA FIBROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODENALE

DEFINITION

Examen endoscopique du haut appareil digestif : œsophage, estomac et duodénum à l'aide d'un appareil optique souple : le fibroscope.

BUTS :

- Exploration
- Thérapeutique

INDICATIONS :

- Elles sont très larges étant donné la bénignité de l'examen, sa durée brève et les renseignements rapportés.
- Cet examen est devenu indispensable dans presque toutes les affections œsogastriques et dans un bon nombre d'affections duodénales.
- Tout malade présentant une symptomatologie digestive haute doit bénéficier d'une fibroscopie en première intention. Les examens radiologiques usuels ne gardent plus que de rares indications.

Epigastralgie, dysphagie, pyrosis, hématurie, hématochézie, méléna et altération de l'état général sont les indications principales de la fibroscopie.

- Sclérose et ligature de varices œsophagiennes

CONTRE INDICATIONS

Pratiquement il n'y a pas de contre indications sauf :

L'anévrisme de la crosse de l'aorte.

La grande insuffisance cardiaque

Les troubles graves du rythme cardiaque

PREPARATION DU MALADE

Faire un bilan d'hémostase (T.P, T.C.A)

Prendre rendez-vous auprès de service intéressé

Préparer le malade psychologiquement, lui expliquer en le rassurant, le but et le déroulement de l'examen

Lui demander de rester à jeun douze heures avant l'examen et de ne pas fumer.

Administrer la prémédication prescrite par le médecin à l'heure prévue.

En cas de fibroscopie d'urgence pour hémorragie digestive, l'opérateur peut demander la pose d'une sonde gastrique pour réaliser un lavage d'estomac avec du sérum physiologique glacé

Faire transporter le patient et son dossier à l'heure prévue au service d'endoscopie.

MATERIEL

- Fibroscope avec source de lumière froide et bocal d'aspiration (le tout doit être vérifié au préalable)
- Pincettes à biopsie et autres instruments opératoires
- Cale dents : tube creux en plastique dur
- Gel anesthésique de xylocaïne
- Gants à usage unique pour l'opérateur et pour l'infirmier
- Compresses
- Protection

- Haricot
- Flacon de liquide de BOUIN
- Bon d'examen
- Etiquettes

TECHNIQUE

- L'examen se déroule dans une salle d'endoscopie correctement équipée.
- Anesthésie locale pharyngo-laryngée avec un gel anesthésique de xylocaïne pour diminuer le réflexe nauséeux.
- Le patient est installé en décubitus latéral gauche, la tête penchée en avant (menton vers la poitrine). Un cale dents est mis en place évitant le malade de mordre le fibroscope.
- Installer une protection sous le menton du patient, un aide se place derrière lui et maintient sa tête fléchie en avant (sans hyper extension) pour éviter une les mouvements intempestifs.
- Le fibroscope est introduit doucement en demandant au patient de déglutir (temps le plus délicat). Une fois le tube avalé, il est poussé sous contrôle de la vue jusqu'au deuxième duodénum, l'inspiration des organes se faisant surtout au retrait de l'appareil.
- **Sont successivement explorés : le duodénum, l'estomac et l'œsophage.**
 Au cours de l'examen, la salive ne doit pas être avalée mais doit couler dans un haricot placé sous la bouche du malade.
 L'examen dure entre 10 et 20 min selon la réalisation d'actes complémentaires, il st le plus souvent bien supporté et facilement renouvelable.
 Après l'examen : le malade doit rester à jeun de préférence 2h après la fin de la fibroscopie.

ACCIDENTS

- Pratiqué avec douceur, cet examen n'est pas douloureux mais seulement désagréable. Il est habituellement facile
- Les risques d'accidents sont négligeables
- La perforation oesophagienne est le risque le plus grave

REMARQUE

On trouve des vidéo-endoscopes qui permette de visualiser directement (et d'enregistrer sur magnétoscope) les images sur une télévision au lieu de les regarder dans un oculaire.

LA RECTOSCOPIE

DEFINITION

Examen endoscopique qui permet la vision directe de la muqueuse anale, rectale et sigmoïdienne basse à l'aide d'un rectoscope.

BUTS ET INDICATIONS :

La rectoscopie est un examen de pratique courante et quasiment systématique dans la pathologie du bas appareil digestif, qu'il s'agisse :

De préciser un diagnostic :

- Hémorroïdes
- Abcès
- Fissures, fistules anales
- Rectites
- Tumeurs bénignes ou malignes
- Troubles du transit (diarrhée, constipation)
- Dysenterie amibienne
- Rectorragie

De suivre l'évolution d'une maladie :

- Recto-colite hémorragique
- Polypose

De traiter certaines affections :

- Ablation de polypes rectaux
- Sclérose d'hémorroïdes

PREPARATION DU MALADE

Elle est très importante. D'elle dépend en grande partie de la réussite de l'examen.

• préparation locale

L'intestin terminal doit être évacué de son contenu fécal ce qui n'est pas toujours facile à réaliser.

- La rectoscopie sera faite loin d'un lavement baryté
- Supprimer :
 - Les médicaments à base de bismuth, 2 à 3j avant
 - Les aliments riches en celluloses, la veille
- La vacuité intestinale sera assurée par des grands lavements évacuateurs de 1 litre d'eau tiède, sans aucune substance irritante :
 - Un lavement la veille au soir
 - Un lavement le matin, 2 h avant l'examen.
- Les purgatifs ne sont pas nécessaires et même nocifs car irritants pour la muqueuse.
- Lorsque la rectoscopie a lieu pendant un épisode diarrhéique, il faut :
 - Essayer d'atténuer le flux intestinal par de l'élixir parégorique.
 - Ne pas donner de lavement évacuateur.
- Selon le cas, raser la région.
- Quelques minutes avant l'examen, le lavement devra vider vessie.

• préparation psychologique

- Rassurer le patient et lui expliquer la nécessité de l'examen souvent redouté par les malades.
- Lui préciser la position qu'il devra prendre lors de l'examen.
- La prémédication est en général inutile. Un sédatif léger peut être donné, le matin, aux malades très anxieux ou agités.

PREPARATION DU MATERIEL

- Le rectoscope de BENSANDE : il comprend :
 - Un tube métallique creux cylindrique gradué en cm. Sa longueur est de 15 à 35cm et son diamètre varie de 10 à 25mm.
 Le plus utilisé est celui de 25cm de lg et de 20mm de diamètre.
 - Un mandrin : tige terminée par un bout olivaire qui obture l'extrémité distale du rectoscope et permet son introduction avec douceur.
 - Une source lumineuse : l'éclairage est de 2 types :
 - Distal : lampe de 4 volts sur tige porte lampe (peu utilisée)
 - Proximal : lampe de 12 volts dont les rayons lumineux sont réfléchis dans l'axe du rectoscope à un miroir.
- Un transformateur du courant électrique
- Matériel pour faciliter l'examen :
 - Tige porte-coton pour nettoyer l'ampoule rectale si besoin au cours de l'examen
 - Soufflerie de Richardson pour déplisser la muqueuse intestinale (n'est pas toujours utilisée car l'insuffisance d'air dans le rectum est douloureuse)
 - Un anoscope (pour examen de l'anus avant la rectoscopie proprement dite)
 - Des gants pour l'opérateur
 - Des doigts pour un toucher rectal préalable
 - De la vaseline
 - Compresses
 - Haricot
 - Pommade anesthésiante (parfois)
- Matériel pour prélèvements :
 - Pinces à biopsie, flacons avec liquide conservateur de BOUIN + lames + tubes stériles pour le recueil de sécrétions + bords d'examen + étiquettes.

TECHNIQUE

- préparation du rectoscope :
L'infirmier rince le rectoscope et vérifie le bon fonctionnement du système d'éclairage.
- Installation du malade
 - Le malade est installé en position genu-pectorale :
 - A genou sur la table d'examen
 - Les cuisses à angle droit par rapport à la table
 - Le tronc penché en avant
 - Le cou droit reposant sur les bras croisés à plat sur la table.
 - L'infirmier aidera le malade à maintenir sa position et à accentuer le creux lombaire.
 - Si le malade est fatigué et ne pouvant se maintenir en position genu-pectorale, il peut être installé en :
 - Position gynécologique
 - Position latérale
 L'exploration est plus difficile et les résultats sont moins bons avec ces deux dernières positions.
- introduction du tube et examen proprement dit :
 - L'examen débute par le toucher rectal
 - Le rectoscope, muni de son mandrin est introduit par l'opérateur sur une longueur de 4 à 5cm.

- Le mandrin est ôté et l'éclairage est adapté sur le tube, la progression du tube se fait sous contrôle de la vue. (le tube est poussé jusqu'au 20 ou 25cm)
- L'examen soigneux de la muqueuse a lieu au retrait progressif du rectoscope, si besoin, des prélèvements sont faits à n'importe quel niveau.

INCIDENTS ET ACCIDENTS

- Difficultés à faire pénétrer le rectoscope du fait des douleurs importantes provoquées par une fissure anale ; un anesthésie locale réduit ces difficultés.
- Saignement : si muqueuse fragile ou après biopsie (il est prudent de surveiller le malade pendant 24 h surtout après biopsie)
- Lipothymie (durant l'examen)
- Examen impossible : malade mal préparé
- Perforation : à craindre chez les malade agités ou lorsque l'opérateur a forcé le rectoscope sur la muqueuse.

Ces incidents et accidents sont rares quand la rectoscopie est pratiquée avec douceur sur un malade bien préparé.

REMARQUE

Il arrive parfois que le médecin souhaite voir la totalité du sigmoïde jusque dans sa jonction avec le côlon gauche, on parle alors de sigmoïdoscopie, le plus souvent jumelée avec la rectoscopie : c'est la recto-sigmoïdoscopie.

La préparation du malade est identique à celle de la rectoscopie. Le technique est semblable à celle de la coloscopie, mais l'endoscopie souple alors utilisé est d'un modèle court. Il est poussé par l'opérateur jusqu'à la hauteur désirée.

ENTRETIEN ET STERILISATION

Le rectoscope et ses annexes sauf le système d'éclairage sont soigneusement lavés à l'eau savonneuse puis portés à ébullition, séchés et mis dans une boîte contenant du formol. Le système d'éclairage est nettoyé à l'alcool.

LAVAGE GASTRIQUE

1- Définition :

C'est la mise en place d'une sonde de gros calibre adapté à un entonnoir pour évacuer le contenu de l'estomac.

2- Indications :

- Avant les interventions sur l'estomac
- En cas d'intoxication (diminuer la quantité de toxique absorbé)
- En cas d'hémorragie

3- Contre-indications :

- Intoxication par produits caustiques ou dérivés du pétrole
- Intoxication par produit moussant
- Ulcère gastrique connu
- Varices oesophagiennes
- ATCD de chirurgie gastrique

4- Conduite à tenir :

a- Avant la technique

Préparation du patient :

- Expliquer le déroulement et le but du soin pour préparation psychologique du patient
- Installer en position 1/2 assise

Préparation du matériel :

- Matériel standard
- Matériel du lavage
- Matériel pour tubage gastrique
- Broc contenant l'eau tiède + sel
- Entonnoir
- Cuvette ou appareil d'aspiration
- Lubrifiant
- Stéthoscope
- Chariot d'urgence

b- Technique

- Mettre la serviette autour du cou du patient
- Désinfecter les mains et préparer le matériel dans le plateau stérile
- Mettre les gants
- Placer la sonde comme décrit dans le tubage gastrique
- Fixer avec du sparadrap
- Adapter l'entonnoir à la sonde
- Débuter le lavage avec un petit volume 50-100 ml
- Baisser l'entonnoir pour récupérer le liquide de lavage
- Continuer jusqu'à ce que le liquide devient clair tout en surveillant l'état du patient et les incidents qui peuvent survenir : nausées, vomissements, inhalation
- Clamper la sonde et la retirer d'un mouvement rapide sauf en cas d'hémorragie le patient garde la sonde pour réaliser d'autres lavages
- Noter le soin sur la feuille et ranger le matériel
- Surveiller les constantes : pouls, TA, FR, T°
- Contrôler l'emplacement de la sonde
- Contrôler la diurèse et faire BHE de contrôle

LE TUBAGE GASTRIQUE

DEFINITION

Technique qui consiste à introduire une sonde dans l'estomac (introduction soit par la bouche soit par le nez) en vue de prélèvement et étude du contenu gastrique.

BUT

- Prélèvement de crachat pour la recherche de B.K (surtout chez les femmes et les enfants qui avalent leurs crachats).
- Prélèvement et étude du liquide gastrique.

INDICATIONS

- En pathologie gastrique : pour orienter le diagnostic vers l'ulcère, le cancer ou la gastrite.
- Devant une anémie ; pour préciser le diagnostic d'anémie de BIERMER.
- En pathologie pulmonaire ; pour étude bactériologique des crachats déglutis.

CONTRE-INDICATIONS

- Hémorragies digestives de moins de trois semaines.

MATERIEL

- Sonde type :
 - Gastroplast : sonde en plastique à usage unique.
- Ou
 - Sonde de CAMUS : sonde semi-rigide, opaque aux rayons X utilisée lorsque la progression de la sonde est guidée et suivie écran radioscopique.
- Pour faciliter la progression de la sonde, il faut prévoir :
 - Un lubrifiant, type sirop de citron,
 - Un verre d'eau, si l'examen ne contre-indique pas l'absorption de quelques gorgées d'eau.
- Nécessaire pour asepsie
- Gants de protection
- Bavette
- Compresses stériles
- Seringue de 20cc stérile pour aspirer le liquide
- Sérum physiologique
- Tubes pour recevoir les prélèvements
 - 10 tubes numérotés pour l'étude de la sécrétion gastrique
 - Un flacon à large ouverture pour l'étude des crachats dégluti.
 - De quoi vérifier la présence de la sonde dans l'estomac.
- Des médicaments pour stimuler la sécrétion gastrique (en cas de prélèvement de liquide gastrique) :
 - Chlorhydrate d'histamine ou insuline
 - Nécessaire pour injection s/c
- Respecter les habitudes du service si ces méthodes sont encore d'usage.
- Protection
- Haricots
- Eau de javel
- Etiquette
- Bon de laboratoire

PREPARATION DU MALADE

- Bonne préparation psychologique du patient
- Demander au malade de rester à jeun et allongé, jusqu'au moment de l'examen.
- Pour le prélèvement de crachat, le tubage doit être fait au réveil du malade car l'expectoration déglutie au cours de la nuit passe rapidement dans l'intestin.

TECHNIQUE

A/ installation du malade :

- Le malade est installé en position assise et recouvert de la protection.

B/ introduction de la sonde :

- Avec une compresse, saisir la sonde lubrifiée et l'introduire par le nez (le plus souvent)
- Demander au malade de respirer calmement.
- Pousser la sonde vers le pharynx, lorsqu'elle rencontre une légère résistance, demander au malade de faire quelques mouvements de déglutition ou lui faire boire quelques gorgées d'eau.
- Guider la descente de la sonde vers l'estomac (environ 50 cm)
- Adapter la seringue sur la sonde et aspirer.

C/ prélèvement de crachat :

- Avec la seringue aspirer les crachats, il est parfois nécessaire d'injecter par la sonde un peu de sérum physiologique pour les diluer.
- Recueillir le liquide obtenu dans le flacon.

D/ prélèvement de la sécrétion gastrique :

- Recueillir à l'aide de la seringue le liquide contenu dans l'estomac : échantillon A
- Aspirer avec douceur, toutes les 2 ou 3 mn pendant ¼ d'heure, le liquide recueilli constitue l'échantillon B.
- Faire l'injection s/c d'histamine ou d'insuline.
- Recueillir le liquide gastrique pendant 2 heures en changeant de tubes toutes les 15 min, on aura 8 tubes numérotés.

E/ ablation de la sonde :

- Pincer la sonde, la retirer d'un mouvement rapide et la déposer dans un haricot contenant de l'eau de javel.
- Faire rincer la bouche du malade.

INCIDENTS ET ACCIDENTS

- Réflexe de suffocation dès l'introduction de la sonde dans la cavité buccale : rassurer le malade et le calmer.
- Accès de toux : la sonde bute sur l'épiglotte ou est passée dans la trachée : retirer la sonde légèrement et attendre la fin de l'accès de toux pour poursuivre sa progression.
- Nausées : très désagréables (la sonde bute sur la luette). L'introduction rapide et prudente de la sonde peut les éviter.

Les nausées peuvent réapparaître si la sonde bute sur le cardia spasmé : demander au malade de faire quelques inspirations profondes

- Vomissements
- Hémorragies : arrêter l'examen

L'injection d'histamine peut faire apparaître :

- Des réactions allergiques :

- Urticaire
- Œdème
- Palpitations

Injecter un antihistaminique sur avis médical (phénergan)

- Un choc anaphylactique

L'injection d'insuline peut faire apparaître des signes d'hypoglycémie :

- Faim douloureuse
- Vertiges
- Céphalées
- Troubles visuels...

Pouvant aller jusqu'au coma hypoglycémique avec convulsions.

Il faut injecter du sérum glucosé hypertonique en I.V (sur avis médical)

N.B :

Pour multiplier les chances de découvrir le B.K dans les crachats, le tubage doit être fait trois jours consécutifs et au réveil du malade.

RESULTATS DE L'EXAMEN

Etude de la sécrétion gastrique :

Sécrétion normale :

- La quantité de liquide émise pendant 2 heures après l'injection d'histamine est de 150 à 200cc.
- Le dosage de l'acide chlorhydrique est de 44 à 84 meq pour‰ avec maximum d'acidité $\frac{3}{4}$ d'heure après l'injection

Cas pathologiques :

- Hypochlorhydrie avec hyposécrétion se rencontre dans : le cancer gastrique
- Hyperchlorhydrie avec hypersécrétion se voit en cas d'ulcère duodénal (inconstamment) dans le syndrome de ZOLLINGER-ELLISON
- Achlorhydrie avec hyposécrétion en cas d'anémie de BIERMER.

REMARQUE

Le tubage gastrique est également indiqué en cas de lavage gastrique et de gavage. C'est une technique qui demande l'emploi de gants de protection.

Lavement Evacuateur

Définition

Acte de soin qui consiste à instiller une solution dans le rectum ou le colon, Le lavement peut être évacuateur ou thérapeutique ou être utilisé en pré d'un examen radiologique ou à une intervention chirurgicale.

Le lavement est contre-indiqué en cas de douleurs avec fièvre (symptôme clair, suspicion de péritonite), perforation intestinale, occlusion, abdominal, hémorragie intestinale, grossesse.

Acte de soins infirmiers sur prescription médicale.

Objectifs

. Nettoyer l'intestin pour favoriser un examen de bonne qualité et réduire les risques infectieux lors d'une intervention.

. Eduquer le patient colostomie à réaliser un lavement.

Matériel

Plateau décontamine et nettoyé.

Protection imperméable à usage unique ou alèses de caoutchouc et de coton. Bassin.

Cuvette, gant de toilette, serviette.

Sac à lavement ou brock à lavement.

Tubulure en caoutchouc.

Thermomètre de bain.

Sonde rectale à usage unique.

Clamp.

Lubrifiant hydrosoluble.

Compresse non stériles.

Réniforme ou sac à déchets.

Gants non stériles à usage unique.

Pied à perfusion.

La prescription doit indiquer le type de solution à instiller (eau, huile, solution iso tonique, médicamenteuse), son volume, la température du liquide et la pression d'administration.

Volume pour le lavement évacuateur

Il est variable selon l'âge et selon le but du lavement :

Chez l'adulte : le lavement évacuateur est de 1 litre à 1,5 litre.

Chez l'enfant de 2 à 5 ans : 120 à 140 ml, de 5 à 10 ans : 200ml à 250ml.

Pour le lavement médicamenteux

130 ml de solution prête à l'emploi, pour préparation du colon à des examens radiologiques ou endoscopiques, présentée en flacon de matière plastique souple d'une canule pré lubrifiée .

Le lavement doit être administré à basse pression (à 50 cm au-dessus du plan du lit)

Pour éviter un péristaltisme trop violent ou une perforation de l'intestin si celui-ci est fragile.

Technique :

-Attention :

Il est préférable de ne pas pratiquer un lavement en présence de fissures anales, de rectocolite hémorragique et de poussées hémorroïdaires.

. Vérifier la prescription médicale.

. Prévenir le patient et lui expliquer le déroulement du soin et s'assurer de sa collaboration afin d'obtenir un résultat efficace.

. Préserver l'intimité du patient (tirer les rideaux, mettre un paravent).

. Se laver les mains avec un savon non antiseptique.

. Préparer le brock ou la poche, fixer la tubulure et la damper.

. Vérifier la température de l'eau avec le thermomètre de bain.

. Préparer la solution et la verser dans le brock, le suspendre et purger la tubulure. . Enfiler les gants non stériles à usage unique.

. Installer le patient en décubitus dorsal et protéger le lit avec la protection imperdable afin d'éviter de souiller la literie.

. Ou installer le patient en décubitus latéral droit avec les genoux fléchis et repliés

Légèrement vers la poitrine. . Placer le patient inconscient en décubitus dorsal, le bassin installé sous le siège. . Recouvrir le patient avec une serviette de toilette ou une alèse.

Veiller à ce qu'il soit confortablement installé, n'a pas froid et soit protégé des regards indiscrets.

- . Lubrifier la sonde rectale avec le lubrifiant hydrosoluble et des compresses.
- . Ecarter délicatement les fesses du patient et repérer l'anus.
- . Demander au patient de se détendre en inspirant profondément et en expirant lentement par la bouche.
- . Insérer doucement la sonde, et la monter de 8 à 10 cm chez l'adulte.
- . Demander au patient de signaler immédiatement toute douleur. Dans ce cas, cesser et informer le médecin. Le prévenir également si la sonde progresse avec difficulté : ne jamais forcer.
- . Maintenir la sonde dans le rectum jusqu'à ce que le lavement soit terminé, afin d'éviter toute expulsion prématurée de la sonde rectale.
- . Régler la hauteur du brock ou de la poche en fonction de la pression ouvrir la tubulure et laisser la solution pénétrer doucement. Le débit doit être plus faible possible pour un lavement à conserver.
- . S'enquérir de la tolérance du patient. En cas de crampes douloureuses, à l'instillation et reprendre en diminuant le débit. La durée d'instillation varie 10mn à 15mn pour un lavement évacuateur.
- . Des l'apparition de crampes, baisser le niveau du brock ou clamber la tubulure et arrêter l'instillation.
- . Clamper la tubulure a la fin du lavement et avant que le brock ou la poche ne soit totalement vide pour éviter d'introduire de l'air dans l'intestin et éviter le reflux du liquide rectal vers le tuyau.
- . Oter la sonde rapidement, la mettre dans le réniforme et demander aussitôt au patient de serrer les fesses pour garder le lavement pendant au moins 10 minutes et lui conseiller de rester allongé sans faire d'efforts.
- . Lors de ('utilisation de solution pour préparation a un examen, une exonération est obtenue dans les 5 minutes qui suivent l'administration de ce lavement. La mise en place de la canule est identique, le flacon est pressé du bas vers le haut en un mouvement continu sinon on risque une introduction de matières fécales dans le flacon.
- . Essuyer soigneusement la région peri-anale.
- . Retourner les gants de l'intérieur sur l'extérieur et les jeter. . Mettre le système d'appel a la disposition du patient.
- . Se laver les mains avec un savon non antiseptique.
- . Aider le patient à se rendre aux toilettes si elles sont proches du lit et lui recommander de ne pas tirer la chasse d'eau. Placer le bassin *sous* le siège du patient si les toilettes ne sont pas situées dans la chambre et si le patient ne se sent pas capable de retenir le lavement.
- . Laisser le patient seul pendant quelques instants puis lever le bassin ou regarder dans la cuvette des toilettes : observer les caractéristiques des selles et du liquide évacué (couleur, consistance, quantité, odeur) et noter le résultat du lavement.

Incidents - accidents - complications

- Irritation de la muqueuse rectale.
- lésions de l'intestin liées a une température trop élevée ou a des lavements répétés en vue de la préparation pour un examen ou une intervention chirurgicale.
- Crampes abdominales a cause d'une eau très froide. –
- Syncope réflexe.
- Arrêt cardiaque par stimulation du réflexe vagal.
- Perturbation électrolytique.

Information - Education, du patient

- Le soin nécessite la participation et l'acceptation du patient.
- Conseiller au patient de respirer la bouche ouverte pour lever le spasme du sphincter lors de l'introduction de la sonde rectale.
- Lui expliquer que l'impression de distension est normale et qu'il doit signaler l'apparition de crampes pour ralentir le débit voire même suspendre momentanément le lavement.
- Lui expliquer l'importance de garder le lavement, donc de rester allonger tranquillement après le soin.
- Critères de qualité de soin
- . Absence de douleur.
- . Bonne tolérance du lavement.
- . Respect du temps nécessaire à l'action efficace du lavement. . Expulsion des matières fécales.

Prévention des risques - protection de soignant

- Les selles doivent être considérées comme une substance potentiellement contaminante.
- Les précautions suivantes doivent être appliquées:

- . Se laver les mains avant et immédiatement après le soin;**
 - . Porter des gants pour réaliser le lavement et évacuer les selles.**
- Afin d'éviter fatigue et lombalgies: régler le lit a hauteur variable pour travailler confortablement.**

L'UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE (U.I.V)

• DEFINITION

Examen radiologique de l'appareil urinaire, après injection intraveineuse d'un produit iodé opaque aux rayons X et éliminé électivement par les reins.

• BUTS ET INDICATIONS

L'U.I.V permet l'exploration radiologique de tout l'appareil urinaire :

- exploration de la fonction sécrétoire,
- exploration de la fonction excrétoire,
- étude de la morphologie et de la topographie des voies urinaires

Elle est indiquée :

- Dans les affections de l'appareil urinaire:
 - tuberculose,
 - colique néphrétique
 - lithiase urinaire,
 - *cancer*
 - hydronéphrose,
 - gros rein et masse lombaire,
 - rein poly kystique,
 - infections urinaires chroniques ou lésions répétées d'un uretère,
 - les dysuries,
 - Dysfonctionnement vésical,
 - Grosse prostate,
- En pathologie vasculaire:
 - H.T.A: recherche d'une malformation rénale
- Les calcifications abdomino-pelviennes
- Les tumeurs pelviennes

• CONTRE-INDICATIONS

- Insuffisance rénale importante
- Intolérance à l'iode
- Maladie de **KAHLER** (l'albumine de **BENCE-JONES** forme avec le produit de contraste un précipité qui déclenche un choc mortel)
- Grossesse (à cause de la compression abdominale et risque d'irradiation du fœtus)
- Lésion de l'aorte abdominale

• PREPARATION DU MALADE

- Eliminer les contre-indications
 - Faire un bilan rénal :
- recherche d'une protéinurie,
- dosage de l'urée sanguine,
- dosage de créatinine sérique.
 - Faire un test à l'iode
- Supprimer tout médicament à base de bismuth au moins 8 jours avant l'examen et faire attention à la programmation d'autres examens nécessitant l'absorption du produit radio opaque.
- Conseiller un régime sans résidus pendant 3 jours avant l'examen
- Il est souvent utile d'administrer un laxatif la veille *de l'examen ou de* favoriser l'élimination des gaz et des selles par un lavement évacuateur afin d'obtenir de meilleures images (suivre les habitudes du service).
- Mettre le malade en restriction hydrique 12 heures avant l'examen pour permettre une meilleure concentration urinaire du produit de contraste.
- Expliquer au malade le déroulement de examen qui dure en moyenne entre une et deux heures (parfois plus).
- Demander au malade de rester à jeun.

• TECHNIQUE

- **Faite par Le spécialiste.**
- **L'examen s'effectue en salle de radiographie et ne nécessite pas en général d'hospitalisation.**
- **Le spécialiste réalise un 1^{er} cliché radiographique sans opacification (A.S.P), puis injecte par voie veineuse le produit iodé, à partir de ce moment là, il prend une série de clichés minutés qui permettent de voir, en suivant la progression du produit, tout d'abord le rein puis les uretères. le malade doit ensuite boire plusieurs verres d'eau pour permettre à la vessie de se remplir, ce qui demande 1 ou 2 Heures. Des radiographies sont alors prises pendant que le malade urine ce qui permet de visualiser au mieux l'urètre.**
- **En fin, un dernier cliché est effectué après que le malade a vidé complètement sa vessie aux toilettes, donnant la possibilité de vérifier qu'il ne reste pas d'urine, ce qui peut arriver en cas de maladie de la prostate.**

D'autres clichés peuvent être pris 1 heure, 3, 6, 24 heures, voire plus (48) après l'injection on cas de dysfonctionnement rénal.

Cet examen long est parfois désagréable car il faut se retenir d'uriner pendant un certain temps et qu'il peut être gênant d'uriner devant le radiologue.

REMARQUE:

Une compression abdominale peut être exercée pour obtenir une meilleure concentration du produit de contraste au niveau des calices et des bassinets.

Cette compression hypogastrique ne sera faite que si les images du haut appareil ne sont pas satisfaisantes.

• INCIDENTS ET ACCIDENTS :

Réactions allergiques:

- **Urticaire,**
- **Bouffée de chaleur,**
- **Nausées,**
- **Céphalées.**

Si les précautions d'usage ont été respectées, on peut assister à des accidents graves:

- **état syncopal,**
- **collapsus cardio-vasculaire,**
- **oedème de Quincke**

• SURVEILLANCE :

Au cours de l'examen :

- **surveiller l'apparition de signes annonciateurs de réactions allergiques (voir incidents et accidents).**

Après l'examen :

- **raccompagner le malade à son lit,**
- **Lui donner à manger.**

N.B : Le malade peut avoir une induration de la veine ayant servie à l'injection du produit de contraste.

LA PONCTION BIOPSIE RENALE (P.B.R)

■ DEFINITION :

C'est une technique qui consiste à prélever un fragment du parenchyme rénal en vue d'un examen histologique. Elle se fait le plus souvent par voie percutanée.

■ INDICATIONS :

- Néphropathies glomérulaires
- I.R.A avec signes glomérulaires
- Protéinuries glomérulaires permanentes
- Syndrome néphrotique
- Néphropathies chroniques sans cause urologique décelable
- Atteintes rénales des maladies systémiques

■ CONTRE-INDICATIONS :

- Anomalies de l'hémostase,
- Rein polykystique,
- Rein unique,
- Atrophie rénale,
- tuberculose rénale,
- Suppurations rénales,
- Suppurations péri rénales,
- Hydronéphrose,
- H.T.A. sévère,
- Traitement anticoagulant en cours: il doit être interrompu quelques jours à l'avance.

■ PREPARATION DU MALADE

- Malade hospitalisé,
- Préparer le malade psychologiquement et lui expliquer la nécessité de l'examen.
- Vérifier la présence dans le dossier du malade:
 - des radiographies indispensables (U.I.V), échographies
 - de la carte de groupage,
 - des résultats des tests de l'hémostase
- Surveiller la température et la T.A.
- Arrêter sur avis médical un traitement anticoagulant en cours
- Préparer la région à ponctionner
- Le matin de l'examen : faire la prémédication

V- MATERIEL

- Matériel pour asepsie :
 - Champs, gants compresses stériles
 - alcool à 70°, alcool iodé ou betadine
 - pince à servir
 - plateau stérile
- Matériel pour anesthésie locale : xylocaïne à 1% + seringue et aiguilles stériles.
- Un bistouri + une aiguille à P. L pour guider l'aiguille à ponction.
- Aiguille spéciale pour P.B.R (aiguille de VIM-SILVERMAN), de préférence aiguille jetable après usage.
- Un flacon avec du liquide de BOUIN pour recueillir le fragment
- Nécessaire pour le pansement
- Double décimètre crayon dermatographique
- Un plan dur + oreiller ou coussin

VI- TECHNIQUE

La position du malade :

Le malade est allongé sur le ventre, un coussin placé au niveau de la région abdominale permettant de maintenir les reins contre la paroi lombaire.

La ponction :

Une fois les repères osseux et du pôle inférieur du rein tracés sur la peau, le spécialiste :

- d. Aseptise la région et procède à une anesthésie locale soignée
- e. Introduit d'abord une aiguille exploratrice (aiguille à P.L) au point correspondant au pôle inférieur du rein
- f. Procède à l'anesthésie plan par plan du trajet à de la xylocaine. (on reconnaît que l'aiguille est parvenue au contact du fait qu'elle est animée de mouvements rythmés par la respiration).
- g. Repère la distance entre l'orifice cutané et la pointe de l'aiguille exploratrice qui est retirée.
- h. Pratiquer un orifice cutané au point d'entrée avec la pointe du bistouri et introduit selon le même trajet l'aiguille à biopsie de VIM-SILVERMANN. Cette dernière découpe un fragment du parenchyme rénal à l'aide de ses deux lames.
- i. Le fragment prélevé est mis dans le liquide de BOUIN, un pansement fait par la suite.

Remarque : l'aiguille peut être guidée par échographie.

VII- INCIDENTS ET ACCIDENTS

- c. Lipothymie
- d. Douleurs dans la région lombaire à type de colique néphrétique
- e. Hématurie souvent modérée parfois plus abondante
- f. Hématome péri-rénal
- g. Lésion du pédicule rénal (hémorragie grave).

VIII-SURVEILLANCE

Après la ponction, le malade doit rester allongé (lit strict) pendant 24 heures

Surveiller étroitement:

- le pouls, la tension artérielle toutes les heures pendant 4 heures ensuite
- toutes les trois heures,
- la conscience,
- l'aspect des téguments, le pansement,
- la diurèse, la couleur des urines: il est important de recueillir les urines dans des bocal différents afin d'apprécier les modifications de couleur et de dépister une hématurie éventuelle (la première miction doit être claire parfois elle peut être hématurique, les urines s'éclaircissent ensuite)
- l'apparition de douleur,
- la température.

Avertir le médecin en cas d'hématurie, de douleurs lombaires, de chute tensionnelle ou autres anomalies.

Le malade peut manger et boire abondamment.

A sa sortie de l'hôpital, lui recommander d'éviter les efforts et exercices physiques violents pendant plusieurs jours.

REMARQUE : La P.B.R. peut être faite à vue, après incision chirurgicale et sous anesthésie générale.

URETROCYSTOSCOPIE

- Définition :

Examen endoscopique qui consiste à injecter de l'eau sous pression pendant toute la durée de l'examen par l'urétroscope. Il a pour but de déplisser la muqueuse urétrale afin de permettre l'examen sur toute la circonférence et sur toute sa hauteur. Et aussi, il permet la visualisation directe de la vessie par le cystoscope.

- Indications :

- Rétrécissement urétral
- Tumeur urétral
- Urétrite
- Ablation : Calculs au niveau de l'urètre ; Corps étrangers au niveau de l'urètre
- Fistules d'abcès prostatiques s'extériorisant par l'urètre
- Lavage vésical

Contre-indications :

- Anurie
- Insuffisance rénale
- Dialyse péritonéale
- Infection urinaire

Incidents et accidents :

- Cystite
- Infection
- Dysurie, pyurie
- Fissuration vésicales
- Hématurie

Matériel spécifique de l'examen :

- Cystoscope, urétroscope
- Eau stérile
- Cuvette
- Système d'éclairage
- Lubrifiant
- Sondes pour l'électrocoagulation
- Sondes urétrales

Nécessaire pour le lavage de la vessie : sonde vésicale, eau stérile tiède, bock

Rôle infirmier :

6- <u>Rôle infirmier</u> :		
a- Avant	b- Pendant	c- Après
Préparation du patient : <ul style="list-style-type: none"> - Préparer psychologiquement le patient - Donner une prémédication si besoin - Faire un lavement évacuateur - Demander au patient de rester à jeun - Hospitaliser le patient de 24-48 h de préférence pour mieux le surveiller Préparation du matériel : <ul style="list-style-type: none"> - Matériel spécifique de l'examen - Matériel standard - Flacons pour différents prélèvements - Flacon contenant le liquide de Bouin si biopsie - Matériel de protection - Nécessaire pour anesthésie générale 	<ul style="list-style-type: none"> - Installer le patient sur une table d'examen en position gynécologique - Faire une désinfection soignée du méat urinaire - Poser un champ sur le périnée - Introduire le cystoscope dans la vessie après sa lubrification - Prélever les urines - Faire un lavage de la vessie car son exploration se fait sur vessie pleine d'eau - Selon les besoins introduire : <ul style="list-style-type: none"> • La pince à biopsie ou à résection • La sonde pour l'électrocoagulation • Les sondes urétrales - L'exploration de la sécrétion rénale nécessite d'introduire une sonde dans chaque urètre - Placer un flacon stérile à l'extrémité de chaque sonde - Si visualisation de l'urètre seul : <ul style="list-style-type: none"> • Introduire l'urétroscope • Injecter de l'eau stérile de l'urètre à examiner pendant toute la durée de l'examen - A la fin de l'examen vessie et urètre sont vidés 	<ul style="list-style-type: none"> - Réinstaller confortablement le patient dans son lit - Surveiller : <ul style="list-style-type: none"> • Les constantes • La diurèse : couleur, aspect, quantité • L'état général du patient - Avertir le médecin si apparition d'anomalies : brûlures mictionnelles, pyurie, dysurie, hyperthermie, hématurie, douleur pelvienne

Endoscope souple : 1 : gaine principale ; 2 : poignée de commande.



SURVEILLANCE DU TRAITEMENT DIURETIQUES

I/- DEFINITION DES DIURETIQUES:

Ce sont des médicaments capables d'augmenter la diurèse: ils augmentent l'élimination urinaire de l'eau et du sodium.

II/- ROLE DE L'INFIRMIER DANS LA SURVEILLANCE DU TRAITEMENT

1/- vérifier les critères d'efficacité du traitement:

- Augmentation de la diurèse
- Disparition des oedèmes
- Perte de poids (si nécessaire)
- Normalisation de la tension artérielle chez l'hypertendu

2/- assurer la surveillance:

a)- clinique:

Diurèse (expliquer au malade de garder les urines dans un bocal)

Poids

Oedèmes

T.A.

E.C.G.

b) - biologique:

Ionogramme sanguin et urinaire

Glycémie

Uricémie

Urée sanguine

Hématocrite

La périodicité des contrôles biologiques dépend de l'affection qui a justifié la prescription des diurétiques, de la réponse au traitement et des diurétiques utilisés.

3/- dépister les effets indésirables :

*signes de déshydratation :

- Soif
- Sécheresse de la bouche
- Hypotension due à l'hypo volémie
- Augmentation du pli cutané
- Perte importante de poids

* signes d'hyponatremie:

- Faiblesse musculaire
- Crampes

- Étourdissements

***signes d'hypokaliémie:**

Crampes

Fatigue

Nausées et vomissements

Augmentation importante de la diurèse

Troubles du rythme cardiaque

***signes d'hyperkaliémie:**

- Crampes abdominales
- Diarrhées
- Anxiété
- Arythmie...

En cas d'hypokaliémie ou d'hyperkaliémie, aviser le médecin, arrêter le traitement et faire un dosage de la kaliémie+ un E.C.G.

4/- conseiller le malade de :

Suivre un régime sans sel et lui indiquer clairement les aliments défendus et lui proposer une liste de condiments autorisés.

Prendre le médicament le matin (si la prescription le permet) pour limiter les levers nocturnes.

Surveiller son poids dans les mêmes conditions

Consommer les aliments riches en potassium si une supplémentation en cet électrolyte est nécessaire (banane, raisin, agrumes, abricot, céréales). Le médecin peut être amené à prescrire du potassium.